Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

33 578 Eerstelijnszorg

29 389 Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid

Nr. 33 **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2016

Steeds meer mensen wonen met een steeds complexere zorgvraag thuis. Het is belangrijk dat zij goede zorg krijgen. Nu, en in de toekomst.

Samenvatting

Wij hebben de afgelopen jaren veel veranderingen in gang gezet, zodat de zorg dichter bij huis georganiseerd kan worden. Met meer ruimte voor het professionele oordeel van de zorgverlener, lokaal maatwerk en innovatie. We zien dat de partijen in het veld aan de slag zijn om deze veranderingen in de praktijk te brengen, maar dat het veel van hen vraagt.

Wij zetten ons er de komende periode vooral voor in om de veranderingen in de regelgeving af te ronden en het veld praktisch te ondersteunen. Als blijkt dat er structurele belemmeringen zijn, dan zullen wij deze aanpakken. Wij hebben daarom drie maatregelen die wij de komende tijd gaan doorvoeren in deze brief opgenomen[1]:
- Meer mogelijkheden voor de huisarts om de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen door het mogelijk te maken dat individueel werkende en samenwerkingsverbanden van specialisten ouderengeneeskunde in aanmerking komen voor de subsidieregeling Extramurale Behandeling. De specialist ouderengeneeskunde hoeft dan niet meer in dienst van een instelling te zijn om deze zorg te kunnen leveren.
- Extra budget voor het eerstelijns verblijf, in 2016 wordt dit met 33 miljoen euro opgehoogd.
- Monitoren van de veranderingen via een monitor «Zorgaanbod en zorggebruik in een veranderende eerste lijn 2016–2018».

[1] Zie brief inzake voorlopige budgettaire kader Wlz 2017 Kamerstuk 34 104 nr. 130.

kst-33578-33
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

Afbakening

Wij richten ons in deze brief voornamelijk op de zorg in de eerste lijn, waar de huisarts en de wijkverpleegkundige een centrale rol hebben. Het vraagt echter inzet van de hele keten van zorg om ouderen veilig en comfortabel thuis te kunnen laten wonen, van ondersteuning thuis tot de zorg in het ziekenhuis. Zie ook het signaal van TraumaNet AMC in de «Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit». De reactie van de Minister hierop is u 6 juni toegezonden[2]. Hierin wordt nader ingegaan op de activiteiten gericht op het beheersen van de patiëntenstroom in de spoedeisende keten. De voortgangsrapportage Wmo «Voortgang en ambitie Wmo, volwaardig meedoen» gaat in op het belang van goede samenwerking tussen het medische en sociale domein om mogelijk eventuele risico's vroegtijdig te signaleren en daarmee ziekenhuisopnames te voorkomen en eenzaamheid of verwaarlozing tegen te gaan.

Leeswijzer en toezeggingen

In deze brief beschrijven wij achtereenvolgens welke veranderingen wij met ons beleid in gang hebben gezet (zorg dichtbij), hoe deze veranderingen in de praktijk uitwerken (waarnemingen in de praktijk) en onze agenda voor de komende periode. Dit betreft het afronden van de veranderingen, praktisch ondersteunen van partijen en het wegnemen van structurele belemmeringen.

Met deze brief informeren wij u ook over de (ruimte voor) innovatie in de eerste lijn en over de ervaringen in het eerste half jaar van het Praktijkteam Zorg op de juiste plek, zoals de Minister bij het Algemeen Overleg eerste lijn op 17 maart 2016 (Kamerstuk 33 578, nr. 24) aan uw Kamer heeft toegezegd. Wij voldoen met deze brief ook aan de toezegging uit de vernieuwingsbrief «zorg en ondersteuning dichtbij huis»[3] van de Staatssecretaris om te bezien of er vanuit ons nog aanvullende acties nodig zijn om de zorg in de buurt beter te organiseren.

Wij zien veel mooie initiatieven in de praktijk. Initiatieven waar de ruimte voor het professionele oordeel van de zorgverlener en lokaal maatwerk is benut om de zorg en ondersteuning nog mensgerichter te maken. In deze brief staat een aantal van deze voorbeelden beschreven.

Zorg dichtbij

Aansluiten op de behoefte van mensen...

Wij hebben veranderingen aangebracht in wet en regelgeving en de bekostiging om zorg dichter bij mensen te brengen. Zodat zij de zorg en ondersteuning krijgen die zo goed mogelijk aansluit op hun behoefte, waarmee zij zo lang mogelijk comfortabel thuis kunnen wonen en een actief en sociaal leven kunnen onderhouden.

...door systemen te veranderen en ruimte te bieden aan innovatie...

Er zijn meer verantwoordelijkheden bij de gemeente neergelegd, zodat zij zorg en ondersteuning dichter bij mensen kunnen organiseren, kunnen verbinden met het sociaal domein en maatwerk kunnen leveren. Wijkverpleegkundigen hebben meer ruimte gekregen om vanuit hun professiona-

---

[2] Kamerstuk 29 247, nr. 224
[3] Kamerstuk 34 104, nr. 55

liteit te handelen. Zorgverleners in de eerste lijn hebben meer mogelijkheden om maatwerk en innovatie vergoed te krijgen. Dit betreft onder meer:

- Sinds vorig jaar bestaat er een nieuw bekostigingsmodel voor huisartsen en multidisciplinaire zorg met een specifiek segment voor het bekostigen van innovatieve ideeën en het belonen van resultaten. Huisartsen, zorggroepen en zorgverzekeraars kunnen zelf afspraken met elkaar maken over de invulling van deze zorgvernieuwing (innovatie).
- De paramedische zorg kent facultatieve prestaties. Zo is er voor fysiotherapie een facultatieve prestatie ingevoerd waarbij het hele fysiotherapeutisch traject aansluitend op een operatieve ingreep «Totale knieprothese» integraal wordt bekostigd. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden voor samenwerking en is er meer ruimte voor de professional om de zorg te realiseren, zonder gebonden te zijn aan de prestatiebeschrijving en bijbehorende tarieven.
- De farmacie kent een facultatieve prestatie waar zorgverzekeraars en apothekers afspraken kunnen maken over innovatie van zorg. Voorbeeld van invulling van deze prestatie is een project ter bevordering van therapietrouw. Deze ruimte wordt nu nog beperkt ingezet.
- Er is ruimte om e-mental health programma's te vergoeden via de «Module POH-GGZ». Zorgverzekeraars stimuleren het gebruik van deze programma's via hun zorginkoop en het gebruik hiervan in de praktijk zien wij toenemen.
- Als innovatie ondanks bovenstaande mogelijkheden niet binnen de reguliere bekostiging vergoed kan worden, kunnen verzekeraars en aanbieders een verzoek indienen bij de NZa voor de beleidsregel innovatie.

Wij stimuleren substitutie en zorgvernieuwing in de eerste lijn. Huisartsen hebben ten opzichte van andere sectoren 1,5% meer groei gekregen voor substitutie, zorgvernieuwing en het belonen van uitkomsten. Tot slot hebben wij de kaders voor huisartsen- en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn bijgesteld naar aanleiding van de substitutiemonitor.

De NZa heeft in 2015 een signalering uitgebracht over nieuwe dienstverlening in de (huisartsen)zorg, met daarin de aanbeveling om de «nietverzekerde huisartsenzorg» te dereguleren zodat er voor nieuwe initiatieven geen prestaties en tarieven meer hoeven te worden vastgesteld. Om deze aanbeveling over te kunnen nemen is het van belang om eerst meer inzicht te hebben in de effecten van deregulering op de verzekerde huisartsenzorg. De Minister vraagt de NZa en het Zorginstituut om dit nader te analyseren. Wij zullen u nader informeren als de resultaten van deze analyse bekend zijn.

> *Ouderen vanaf de spoedeisende hulp snel en goed opvangen*
>
> De SEH van VUmc en Amstelring hebben de handen ineen geslagen om te voorkomen dat ouderen onterecht in het ziekenhuis worden opgenomen of dat patiënten in onverantwoorde situaties naar huis gaan. Ouderen kunnen rechtstreeks vanaf de SEH tijdelijk worden opgenomen op de Transferafdeling van Amstelring in het VUmc. Daar is 24 uurs zorg gewaarborgd en kan indien noodzakelijk triage en diagnosestelling, medicatiesanering, het opnieuw instellen van medicatie of bijstellen van het behandelplan plaatsvinden.

...en nieuwe vormen van zorg.

Er wonen meer ouderen met een complexe zorgvraag thuis, onder meer doordat de mogelijkheden om langdurige zorg thuis, of in kleinschalige

woonvoorzieningen te ontvangen zijn uitgebreid, via volledig pakket thuis, modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget. De huisarts beschikt niet altijd over de kennis en competenties om aan de zorgvraag van deze ouderen te voldoen. Bepaalde zorg die nu door de specialist ouderengeneeskunde (SO) in verpleeghuizen wordt geleverd, moet ook bij mensen thuis kunnen worden geleverd, passend bij de overige zorg binnen de eerste lijn. Dat kan via de subsidieregeling extramurale behandeling, voor cliënten zonder Wlz-indicatie, en via de beleidsregel modulaire zorg, voor cliënten met een Wlz-indicatie.

Als het desondanks thuis even niet meer gaat, of als de medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis is afgerond en de patiënt is nog niet in staat naar huis terug te keren, kan een kortdurende opname nodig zijn. Niet gericht op verblijf, maar gericht op herstel zelfredzaamheid en terugkeer naar huis. Dit is nadrukkelijk een andere zorgbehoefte dan de zorgvraag van mensen die langdurig in een instelling verblijven, zoals geregeld in de Wet langdurige zorg. Wij spelen op deze behoefte in met de inrichting van het eerstelijns verblijf onder de Zorgverzekeringswet.

Waarnemingen in de praktijk

Het doel wordt gedeeld...

Wij hebben het afgelopen jaar met vele patiënten, zorgverleners, hulpverleners, mantelzorgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gesproken over de veranderingen en de resultaten die dat heeft opgeleverd. Het doel – zorg dichter bij mensen organiseren zodat zij zo lang mogelijk comfortabel thuis kunnen wonen – wordt nog steeds breed gesteund. En zorgverleners zijn positief dat er meer ruimte is voor hun eigen professionaliteit en dat er mogelijkheden voor maatwerk zijn.

...er zijn positieve effecten zichtbaar...

We zien dat zorg dichter bij huis wordt georganiseerd. De wijkverpleegkundige kan haar rol weer pakken, doordat de tussenstap van de indicatie door het CIZ is komen te vervallen. De indicatie voor wijkverpleging vanuit verpleegkundig perspectief (op basis van zorgbehoefte) sluit daarnaast beter aan bij behoefte van de patiënt dan de voorheen door het CIZ gebruikte medische indicatie (op basis van aandoening). Het draagt er ook aan bij dat verpleegkundigen samen met de huisarts makkelijker zelf de verzorging kunnen regelen en de huisarts minder formulieren hoeft in te vullen om een indicatie te regelen. Wij horen van zorgverleners dat zij dit positief waarderen.

> *Direct de goede zorg in een crisissituatie*
>
> In de regio Westland, Schiedam en Delfland kunnen patiënten die plotseling meer zorg nodig hebben snel de juiste zorg krijgen door de Acute Dienst, die 24 uur per dag bereikbaar is. Na de melding van een huisarts beoordeelt de Acute Dienst of zorg met verblijf of (meer) thuiszorg nodig is en regelt deze zorg. **De Acute Dienst is ontstaan door samenwerking van Zorgkantoor DSW, verschillende gemeenten in de regio, zorgorganisatie Careyn en Zorgorganisatie Eerste Lijn.**

...maar veranderingen kosten tijd en energie...

Het kost zorg- en hulpverleners wel tijd en energie om deze veranderingen goed in de praktijk te realiseren, omdat zij hun manier van werken moeten veranderen en soms meer en met andere zorg- en hulpverleners moeten

samenwerken dan voorheen. Zij moeten nog wennen aan hun nieuwe rol en weten elkaar nog niet altijd te vinden. Ook is soms niet duidelijk wie waarvoor aan de lat staat en wat zij van de verzekeraar, andere zorgverleners en gemeente mogen verwachten.

Ons blijkt keer op keer weer dat professionals in de zorg een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben: de huisarts wil bijvoorbeeld na een doorverwijzing naar het sociaal domein wel zeker weten dat de andere partij de problemen aanpakt. Als deze zekerheid er niet is zullen zij de zorgbehoevende niet overdragen, wat leidt tot extra werkdruk. Het heeft tijd nodig voor partijen om er achter te komen wat zij van elkaar kunnen verwachten, zodat zij ook optimaal gebruik kunnen maken van elkaars competenties. Daarbij sluiten de verschillende informatiesystemen vaak niet goed op elkaar aan en is het niet altijd duidelijk welke informatie gedeeld kan worden.

... en samenwerking is cruciaal.

Om zorg op de behoefte van de patiënt te laten aansluiten is samenwerking in de keten van belang. Vooral een goede en tijdige overdracht van kwetsbare ouderen tussen de zorg en ondersteuning thuis, het ziekenhuis, een kortdurende opname in eerstelijns verblijf en langdurige zorg is nog niet altijd een vanzelfsprekendheid.
Als de doorstroom niet goed geregeld is heeft dit gevolgen voor de beschikbaarheid van zorg voor andere patiënten (het zogenaamde waterbedeffect).

> *Nieuwe vormen van samenwerking en zorg*
>
> In Zuidoost Friesland werken zorgverzekeraar De Friesland, zorginstelling Zuidoostzorg en 60 andere organisaties met de lokale huisartsen (55) samen om mensen zo lang en plezierig mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Zij doen dit vanuit het platform Anderhalvelijnscentrum (Sûnenz), waar zij activiteiten, faciliteiten en ondersteuning bieden aan 55+ers en hun verwijzers. Creativiteit en maatwerk zijn daarbij belangrijke elementen. Er worden ook diverse vormen van anderhalvelijnszorg gerealiseerd, bijvoorbeeld door een regiopoli waar specialisten als de cardioloog, orthopeed en dermatoloog met de huisarts meekijken. In Sûnenz is ook een huisartsenhospitaal waar mensen onder behandeling van de huisarts maximaal 3 weken worden opgenomen, gericht op een verantwoorde terugkeer naar huis.

Heldere afspraken tussen betrokken zorgverleners, de gemeenten en verzekeraars over de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden in de te leveren zorg zijn belangrijk. Dit bleek ook in het zogeheten «Kafka-traject» dat de Minister het afgelopen jaar is gestart. Hierbij is vanuit het perspectief van een patiënt en de betrokken professionals gekeken hoe de overdracht nou echt liep en waar dit versterkt kon worden. De actiepunten die hieruit naar voren zijn gekomen heeft u eind 2015 ontvangen. Eind juni zullen we nogmaals met de direct betrokkenen om tafel gaan om de resultaten en de voortgang te bespreken. Mede naar aanleiding van dit traject hebben we begin dit jaar het Praktijkteam Zorg op de juiste plek opgericht. Het Praktijkteam ondersteunt zorgverleners, die in de praktijk tegen problemen aanlopen met de overdracht en doorstroom van patiënten tussen thuis, ziekenhuis, eerstelijns- en langdurig verblijf.

Het Praktijkteam probeert samen met alle betrokken knelpunten te inventariseren en te komen tot oplossingen. Het Praktijkteam beantwoordt

inhoudelijke vragen over wet- en regelgeving, sluit aan bij regionale overlegtafels, brengt partijen met elkaar in gesprek, en verspreid inspirerende initiatieven naar andere regio's. Op deze manier willen we bereiken dat er in de regio een gezonde structuur ontstaat om mensen op de juiste plek de juiste zorg te leveren. In bijlage 1 staan de resultaten van de eerste maanden dat het praktijkteam actief is. Dit betreft onder meer:

- het wegnemen van misverstanden en vragen beantwoorden;
- het bijdragen aan een gemeenschappelijke taal (zie www.denieuwepraktijk.nl/praktijkteam/zorgketen-in-kaart);
- inzicht en knelpunten en casuïstiek;
- meedenken over – en ondersteunen van – samenwerkingsinitiatieven.

Innovatie is een uitdaging...

Ondanks alle extra mogelijkheden en middelen voor innovatie horen wij van zorgverleners en individuele aanbieders nog vaak dat hun voorstellen door verzekeraars worden afgewezen. Dat komt niet door onwilligheid van verzekeraars. Wij zien dat het nog zoeken is hoe de ruimte voor innovatie het best kan worden ingevuld. Want hoe herken je uit alle innovatievoorstellen van het veld het voorstel dat de reguliere zorg het meest verbetert? En hoe kan je deze verbetering goed inzichtelijk maken? Dit is een uitdaging waar alle partijen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, samen voor aan de lat staan.

Ondersteunde zelfzorg

Mensen kunnen in de zorg gebaat zijn bij ondersteuning om goed met hun ziekte om te gaan. Dit is vooral van belang voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars werken binnen de coöperatie Zelfzorg Ondersteund samen om deze «ondersteunde zelfzorg» een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg te maken bij mensen die te maken hebben met een chronische aandoening. Zij zijn hard op weg om dit te realiseren.

Opschaling implementatie Zelfzorg Ondersteund

Geïncludeerde aantallen ZO!	2015	2016	2019[1]
Deelnemende zorggroepen	10	50	90[1]
Deelnemende huisartsen	509	2.500[1]	4.500[1]
Patiënten die bij zelfzorg begeleid worden	11.328	115.500	500.000[1]

[1] Verwachte deelname bij huidige groeistrategie

...waar partijen samen stappen in zetten.

Daar waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders samenwerken zien wij dat er goede stappen worden gezet om bijvoorbeeld de huisartsenzorg te vernieuwen. Zo werken zij preconcurrentieel samen in de zorgcoöperatie Zelfzorgondersteund![4], waar ook patiëntenorganisaties in deelnemen. In dat kader hebben de verzekeraars voor de komende periode zelf extra geld beschikbaar gesteld om «ondersteunde zelfzorg» een stap verder te brengen.

[4] De organisaties die in de coöperatie samenwerken: NPCF, Hart&Vaatgroep, Longfonds, DVN, LHV, NHG, NDF, InEen, CZ, VGZ, Zilveren Kruis, Menzis, ONVZ, de Friesland.

Onze agenda

Afronden van veranderingen...

We zijn er nog niet. Er lopen op dit moment nog meerdere trajecten om alle veranderingen in de eerste lijn af te ronden. Wij geven hier een overzicht van deze trajecten. Over de meeste hiervan bent u reeds apart geïnformeerd. Dit betreft:

- Het onderbrengen van de bekostiging voor eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet. Daarmee wordt het mogelijk gemaakt dat mensen kortdurend kunnen worden opgenomen als zij tijdelijk extra zorg nodig hebben, gericht op verantwoorde terugkeer naar de thuissituatie. Met het onderbrengen van eerstelijns verblijf in de Zvw is het mogelijk voor de verzekeraar om de curatieve zorg in samenhang in te kopen[5].
- Het afronden van de vereenvoudiging van de bekostiging voor de wijkverpleging. Wij willen dat verpleegkundigen en verzorgenden zo min mogelijk last hebben van onnodige administratie. Zie de brief over de bekostiging van de wijkverpleging die u onlangs heeft ontvangen[6].
- Het stimuleren van samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. VNG en ZN hebben een bestuurlijke samenwerkingsagenda opgesteld. De agenda richt zich op de verbinding tussen het medisch en het sociaal domein, integrale zorg voor inwoners en verzekerden, op de overgang van residentiële en ambulante GGZ en het organiseren van (gezamenlijke) preventieactiviteiten. Uw Kamer heeft een afschrift van de brief ontvangen[7]. Op het gebied van preventie voor risicogroepen willen wij hierin concreet ondersteunen met een digitaal loket, een preventieteam en door gezamenlijke plannen van gemeenten en verzekeraars mede te financieren. Dit staat nader toegelicht in onze brief over preventie van 25 maart 2016[8].
- Het stimuleren van partijen in de mondzorg om de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen te verbeteren. Deze partijen hebben op ons verzoek hiervoor een plan van aanpak opgesteld, dat wij recent aan uw kamer hebben toegestuurd.
- Het helpen van patiënten bij het goede gesprek in de spreekkamer zodat de zorg optimaal wordt afgestemd op hun behoefte, door het ondersteunen van de drie goede vragen campagne van de NPCF (www.3goedevragen.nl). Deze campagne wordt volgend jaar geïntroduceerd in de huisartsenpraktijk. Dit betreft niet alleen de zorg die door huisartsen wordt geleverd, maar ook de doorverwijzing voor een diagnose of behandeling.
- Het oplossen van knelpunten die huisartsen van «het roer moet om» zelf hebben aangedragen op de thema's van samenwerking en gelijkwaardigheid, kwaliteit en het verminderen van administratieve lasten. U bent per brief[9] geïnformeerd over de voortgang van het traject van de huisartsen en het initiatief van Zorgverzekeraars Nederland om ook in de bredere eerste lijn (wijkverpleging, mondzorg, paramedici, GGZ en verloskunde) de knelpunten rondom onnodige bureaucratie die zorgverleners zelf aandragen op te lossen. De eerste resultaten hiervan zijn aan uw kamer gestuurd.
- Het verbeteren van de informatieuitwisselingen tussen patiënten en zorgverleners door als VWS actief bij te dragen aan het programma «Meer regie over gezondheid» van NPCF en een brede coalitie van

---

[5] Kamerstuk 34 104 nr. 125
[6] Kamerstuk 34 104, nr. 128
[7] https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/samenwerkingsagenda-zn-en-vng-voor-zorg-ondersteuning.
[8] Kamerstuk 32 793, nr. 213
[9] Kamerstuk 33 578, nr. 22

zorgpartijen om de informatiepositie van de patiënten te verbeteren door hen te laten beschikken over een persoonlijke gezondheidsomgeving. Een digitale omgeving waarin – vanuit het perspectief van de patiënt- informatie uit medische dossiers wordt samengebracht met eigen gegevens. Denk hierbij aan diagnose, medicatiegegevens, leefstijlgegevens, eigen metingen en revalidatieplannen. De cliënt kan deze informatie gebruiken voor bijvoorbeeld zelfzorgapps en keuzes in zorg én heeft hierbij de volledige regie over welke informatie hij met wie wil delen. Wij zullen u hierover in het najaar nader informeren.

...praktisch ondersteunen...

Zoals aangekondigd voor het kerstreces is er een praktijkteam «Zorg op de juiste plek» opgericht dat zorgprofessionals in de regio ondersteunt als er knelpunten zijn in de overdracht van patiënten tussen het ziekenhuis, kortdurende verblijfszorg en thuis. Het praktijkteam is op werkdagen telefonisch te bereiken op 06-15529336 (van 8.30 tot 17.30 uur). Het e-mailadres is juistezorgplek@minvws.nl.

...en structurele knelpunten oplossen.

Op basis van de aangedragen casuïstiek bij het Praktijkteam zien wij twee structurele knelpunten waar wij actie op zullen ondernemen. Dit betreft het verbeteren van de doorstroming in de verblijfsketen door meer capaciteit te organiseren voor eerstelijnsverblijf en meer mogelijkheden om de kennis en competenties van de specialist ouderengeneeskunde in de wijk te benutten.

- Naar aanleiding van het NZa mei advies over het budgettair kader van de Wlz 2016, hebben wij besloten het subsidieplafond voor de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016 te verhogen van € 180 miljoen tot € 213,6.[10]
- Verbeteren van de zorg aan ouderen met complexe zorgvraag thuis en verlichten van de inzet van de huisarts door het voor hem makkelijker te maken de specifieke kennis en competenties op het gebied van ouderen door de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen. Vooruitlopend op het advies van het Zorginstituut over extramurale behandeling willen wij reeds dit jaar de subsidieregeling extramurale behandeling aanpassen. Met de aanpassing maken wij het mogelijk dat ook specialisten ouderengeneeskunde die niet in dienst zijn van een instelling op indicatie van een huisarts in de wijk kunnen worden ingezet. U wordt hierover na de zomer nader geïnformeerd.

Tot slot

Wij blijven de veranderingen volgen en houden een vinger aan de pols. Om meer zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de buurt na alle veranderingen is in overleg met het Nivel besloten een nationale studie eerste lijn vorm te geven met de titel: «Zorgaanbod en zorggebruik in een veranderende eerste lijn 2016–2018». Deze studie geeft ons straks meer inzicht in hoe de veranderingen in de praktijk uitwerken. Hierbij is veel aandacht voor samenwerking binnen de eerste lijn en de samenwerking met het sociaal en publiek domein.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

[10] Kamerstuk 34 104, nr. 130

Bijlage

Resultaten Praktijkteam Zorg op de juiste plek

Het Praktijkteam Zorg op de juiste plek is gestart op 1 februari 2016. Het is opgericht om zorgprofessionals te ondersteunen als er knelpunten zijn in de overdracht van patiënten tussen het ziekenhuis, kortdurende verblijfszorg en thuis. Het team is bereikbaar via het e-mailadres juistezorgplek@minvws.nl en het telefoonnummer 06-15529336. Verschillende zorgverleners en brancheverenigingen hebben via deze weg knelpunten gemeld en inhoudelijke vragen gesteld over wet- en regelgeving of financiering rond de overdracht van kwetsbare ouderen tussen thuis, ziekenhuis en kortdurende verblijf. Deze vragen kunnen vaak direct beantwoord worden naar tevredenheid van de melder. Een mooi voorbeeld hiervan is het idee dat bij meerdere zorgverleners leeft over de financiering van de wijkverpleegkundige die langskomt in het ziekenhuis om de overdracht naar huis zo soepel mogelijk te laten verlopen. Men was in de veronderstelling dat deze zorg niet vergoed kan worden omdat het ziekenhuis niet de standaard werkplek is voor de wijkverpleegkundige. Het Praktijkteam heeft dit misverstand kunnen wegnemen door aan te geven dat deze zorg gewoon vergoed kan worden uit het budgettair kader voor de wijkverpleegkundige zorg, ongeacht de locatie waar deze zorg gegeven wordt.

Voor het uitgebreider bespreken van regionale knelpunten blijkt het goed te werken als het Praktijkteam aansluit bij bestaande regionale overlegtafels. Zo nodig worden zorgverleners of verzekeraars die nog niet zijn aangesloten hierbij uitgenodigd. Het Praktijkteam is ook langsgegaan bij verschillende zorginstellingen of regio's waarbij de overdracht of doorstroom van kwetsbare patiënten juist goed verloopt. Het Praktijkteam bezoekt deze initiatieven om een beter beeld te krijgen van de reden dat de overdracht hier goed loopt en kan deze inspirerende voorbeelden vervolgens verspreiden naar andere regio's. In de kaders zijn een aantal voorbeelden kort uitgewerkt. Het Praktijkteam is tot nu langsgegaan in Dordrecht, Roermond, Breda, Zaandam, regio Haaglanden, Gouda, Arnhem, Amsterdam, Zoetermeer, Capelle aan de IJssel, regio Achterhoek, Rotterdam-Zuid, Utrecht, Assen en Maarssen.

Uit de diverse gesprekken komt een aantal belangrijke bevindingen naar voren. Als eerste komt naar voren dat er vaak geen gemeenschappelijke taal wordt gesproken en dat er veel vragen zijn als «waar kan ik terecht met mijn patiënten», «wat zijn regels», «wie is er verantwoordelijk», «hoe kom je in aanmerking voor kortdurend verblijf» en «wat is de juiste terminologie»? Om hier duidelijkheid in te verschaffen heeft het Praktijkteam, naast het direct beantwoorden van binnenkomende vragen, het initiatief genomen om een interactieve tekening te ontwikkelen die een antwoord geeft op veel van deze vragen. In de tekening is te zien welke zorg- en verblijfsvormen voor kwetsbare mensen er zijn, wie ervoor in aanmerking komen en hoe de overdracht van de ene naar de andere zorgvorm gaat. De tekening is bedoeld voor zorgverleners en kan gebruikt worden bij het gesprek met de patiënt en bij het maken van afspraken over de regionale overdracht van patiënten. De digitale tekening kan geraadpleegd worden via www.denieuwepraktijk.nl/praktijkteam/zorgketen-in-kaart

> *In de regio Amsterdam, Zaanstreek Waterland en Noord-Holland Noord is door SIGRA, een samenwerkingsverband van zorgaanbieders in deze regio's, een hulpmiddel gemaakt dat duidelijkheid geeft over verschillende regelingen,definities en financiële kaders om ouderen zorg op de juiste plek te bieden. Het hulpmiddel van SIGRA draagt bij aan correcte routering in het verwijsproces, waardoor de juiste zorg op de juiste plek tegen de juiste financiering*

wordt geleverd. Ouderen ontvangen hierdoor zorg die beter aansluit op hun behoefte.

Het Praktijkteam krijgt ook regelmatig vragen op het gebied van de financiering van het eerstelijnsverblijf. Er is veel onzekerheid over het beschikbare budget. Het behoud van voldoende eerstelijns verblijf bedden is van groot belang, zowel voor het laten slagen van ons beleid gericht op het zo lang mogelijk thuis wonen, als voor de betrokken instellingen zelf. Vanaf 2017 zal het eerstelijns verblijf en de geriatrische revalidatiezorg in één kader onder de Zvw vallen. Hierdoor kan de zorgverzekeraar in één keer de gehele kortdurende opvang voor kwetsbare patiënten inkopen en beter sturen op zorg op de juiste plek. Dit is uitgebreid beschreven in de brief over het eerstelijns verblijf die onlangs naar uw Kamer is verstuurd[11].

Het Zorgpension Zoetermeer (onderdeel van Fundis) is een mooi voorbeeld van een kortdurend verblijf instelling waar direct bij binnenkomst, samen met de huisartsen in de regio, actief gewerkt wordt aan terugkeer naar de thuissituatie door middel van een herstelplan. Zelf geven ze aan: «we proberen een goede balans te vinden tussen rust en actief herstel, met oog voor de thuissituatie». Deze aanpak resulteert in een korte gemiddelde verblijfsduur van 23 dagen. De onderliggende visie en opzet zijn voor een belangrijk deel ontleend aan de geriatrische revalidatie zorg (GRZ), waar ook de betrokken manager haar wortels heeft. Een voordeel volgens hen omdat de aanpak en cultuur binnen de GRZ-werkwijze ook gericht is op terugkeer naar huis in tegenstelling tot de cultuur in langdurige zorg instellingen.

Na de verschillende gesprekken in de regio ziet het Praktijkteam dat de haperende doorstroom van kwetsbare patiënten door de keten de grootste knelpunten oplevert. Als dit niet goed is geregeld heeft dit gevolgen heeft voor de beschikbaarheid van zorg op de juiste plek voor andere patiënten (het zogenaamde waterbed-effect). Zorgverleners lopen hierbij tegen de grenzen van hun verantwoordelijkheden aan en patiënten ontvangen niet altijd de meest passende zorg. De oorzaak van de hapering in de doorstroming kan liggen aan onvoldoende opvang in de thuissituatie, een fysiek tekort aan bedden in het eerstelijnsverblijf, op de spoedeisende hulp of een langdurige zorginstelling, onvoldoende kennis over opvangmogelijkheden bij zorgverleners, patiënten en gemeenten of het oneigenlijk gebruik van bedden in verschillende instellingen. Hierbij kunt u denken aan WLZ patiënten die in een eerstelijns verblijf bed geplaatst worden door een gebrek aan plekken bij een WLZ instelling of patiënten die via de spoedeisende hulp onnodig worden opgenomen in het ziekenhuis door gebrek aan plekken, of het niet op tijd kunnen organiseren van een plek, in een kortdurend verblijf instelling. Ook zien we dat patiënten langer dan nodig in een kortdurende zorg instelling verblijven omdat de zorg die thuis nodig is niet op tijd geregeld is of dat de indicatiestelling door het CIZ, voor patiënten die vanuit een instelling voor kortdurend verblijf alsnog opgenomen moeten worden in een instelling voor langdurige zorg, soms langer duurt dan gewenst. Regelmatig liggen patiënten hierdoor onnodig lang op een plek waar ze niet de best mogelijke zorg ontvangen.

Het IJsselland Ziekenhuis ziet steeds meer oudere patiënten met meerdere chronische aandoeningen, die kwetsbaarder zijn. Hier heeft het ziekenhuis actie op ondernomen. Bij een (spoed)opname wordt bij iedereen van 70 jaar en ouder een specifieke kwetsbaarheid

[11] Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 104 nr. 125

screening volgens het VMS gedaan en volgens de ISAR-HP, de identification of seniors at risk. Bij vastgestelde kwetsbaarheid wordt het geriatrieteam ingeschakeld, bestaand uit een geriater, een geriatrisch verpleegkundige en een geriatrisch fysiotherapeut. Wanneer de ontslagdatum in zicht is en de patiënt gaat terug naar de thuissituatie, wordt de «Transmurale Zorgbrug» in gang gezet. Hierbij komt de wijkverpleegkundige al de dag voor ontslag bij de patiënt in het ziekenhuis langs. De familie en huisarts wordt altijd betrokken en goed op de hoogte gehouden. Zo nodig wordt ook andere hulp, zoals ondersteuning door een welzijnsorganisatie, ingezet. «Het lijkt een heel simpel idee, maar de betrokkenheid van verschillende spelers en de routines die moesten worden doorbroken om de Zorgbrug te implementeren, maakt dat het om een complex veranderproces gaat.» Samen met huisartsen en VVT-instellingen in de regio werkt het geriatrieteam in samenwerking met andere specialismen continu aan een goede afstemming en coördinatie van de brede zorg rondom ouderen.

Een oplossing voor deze knelpunten rond de doorstroom door de keten kan niet gevonden worden in het aanpassen van één element in de keten. Om de zorg aan te laten sluiten op de behoeften van de patiënt is het van belang om de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen in zijn geheel te bezien waarin elke professional zijn eigen verantwoordelijkheden heeft en daarbij gezamenlijk eventuele knelpunten te inventariseren en te komen tot oplossingen. Om de waargenomen knelpunten op te kunnen lossen is het van groot belang om de regionale samenwerking goed vorm te geven en hierover afspraken te maken met huisartsen, ambulancepersoneel, wijkverpleegkundigen, ziekenhuizen, langdurige zorgaanbieders, kortdurende zorg- en verblijf aanbieders, gemeenten en verzekeraars. Het is van groot belang dat de hele keten betrokken wordt. En daar blijft het niet bij, een zorgverlener, instelling of regionale partij die de regie neemt om dit regionaal vorm te geven blijkt een cruciale factor te zijn om dit van de grond te krijgen, vaart te maken en te behouden.

Een mooi voorbeeld van het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek is de pilot in de regio Breda die Avoord, Elisabeth en Surplus (AES) hebben opgezet in samenwerking met huisartsen en het Amphia ziekenhuis. Ze hebben een gezamenlijk aanmeldportaal ingesteld dat 24 uur per dag bereikbaar is voor huisartsen/huisartsenposten (HAP) en spoedeisende hulp (SEH) artsen.
Doel van Het Aanmeldportaal is om te voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig in het ziekenhuis opgenomen worden en ervoor te zorgen dat ze direct de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen. Op Het Aanmeldportaal is de juiste kennis aanwezig over de mogelijkheden en criteria voor opname of zorg thuis. Artsen hebben zo één aanspreekpunt om de zorg voor een patiënt te regelen. De komende maanden wordt gekeken of Het Aanmeldportaal een bijdrage levert om sneller de juiste zorg aan de patiënt te bieden en wordt er bekeken wat verbeterd kan worden in het proces.

Dit is echter makkelijker gezegd dan gedaan. We zien in een aantal regio's goede initiatieven op dit vlak ontstaan. TraumaNet AMC heeft, mede naar aanleiding van de brandbrief over de spoedzorg, een ketenbrede bijeenkomst georganiseerd waar constructief gesproken is over de knelpunten wat betreft de doorstroom van patiënten door de keten. Leden van het Praktijkteam waren hierbij ook aanwezig. Er zijn goede voorbeelden gedeeld en verschillende praktische oplossingsrichtingen geformuleerd. Verschillende partijen hebben zich verantwoordelijk gemaakt voor het oppakken van acties.

Ook in de Achterhoek werken momenteel verschillende zorgverleners en de verzekeraar samen aan het oplossen van knelpunten waar ze in de regio tegenaan lopen. Het Praktijkteam denkt mee, ondersteunt waar nodig en verspreid deze initiatieven naar andere regio's. Dit heeft al geleid tot een aantal werkbezoeken vanuit de ene regio naar de andere. De komende tijd zal het Praktijkteam concreter vorm gaan geven aan de onderliggende principes die een goede samenwerking door de keten heen mogelijk maken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van informatie uit interviews met verschillende zorgverleners die de regie hebben genomen om samenwerking in de regio in gang te zetten. Er wordt gebruik gemaakt van een methode waarbij impliciete informatie, over de vaardigheden die nodig zijn om de samenwerking in de regio goed te laten verlopen, expliciet wordt gemaakt.